

患者氏名：  
患者ID：

**Cuestionario médico para el examen de resonancia magnética(IRM)/MRI検査 問診票**

<b>Nombre del paciente /患者氏名</b>								
<b>Fecha de nacimiento /生年月日</b>	Año/年	Mes/月	Día/日	<b>Edad/年齢</b>	años/歳	<b>Sexo/性別</b>	<input type="checkbox"/> M/男	<input type="checkbox"/> F/女

Antes de realizar el examen de IRM, queremos verificar el estado de su cuerpo. Responda a las siguientes preguntas dentro de sus posibilidades.  
/MRI検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。わかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

**1. Por favor marque según corresponda./あてはまるものにチェックしてください。**

No /なし	Sí /あり	Contenido/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos cardíaco/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clip para aneurisma cerebral por más de 20 años/20年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante de dispositivo (DAI, implante en el oído interno, neuroestimulador, otros) /体内埋め込み装置 (ICD・人工内耳・神経刺激装置・その他)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prótesis ocular movable/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expansor mamario /乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spray para calvicie, lentes de contacto con color (no utilizar el día del examen) /増毛スプレー・カラーコンタクト(当日は使用しないでください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rímel, cosméticos con purpurina (no utilizar el día del examen) /マスカラ・ラメ入り化粧品(当日は使用しないでください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo metal dentro del cuerpo/体内金属がある (época/時期 parte/部位 )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada o posibilidad de estarlo/妊娠またはその可能性がある ( año mes día/ 年 月 日 actualmente embarazada/現在妊娠 semanas/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuaje・maquillaje permanente/刺青・アートメイクがある (parte del cuerpo/部位: )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En tratamiento de corrección dental, prótesis dentales con imán /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy usando peluca/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Me dedico a trabajar con metales/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufro de claustrofobia/閉所恐怖症である

**2. ¿Tiene asma? /ぜんそくはありますか。**

- no/いいえ
- anteriormente tuve/以前あった
- sí/はい(en tratamiento/現在治療中)

**3. ¿Hasta el momento ha tenido efectos secundarios por algún medicamento?**

/今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- no/いいえ
- sí/はい

Quien ha marcado “sí” marque debajo los tipos de efectos secundarios que tuvo (puede marcar varios).

/「はい」に☑された方は、下記に出たことのある副作用に☑してください。(複数可)

- urticaria/じんましん      dermatitis atópica/アトピー性皮膚炎
- rinitis alérgica/アレルギー性鼻炎      asma/喘息
- sensación extraña en la garganta/のどの違和感
- alergia a medicamentos/薬のアレルギー(nombre del medicamento/薬剤名 )
- alergia a comidas/食物のアレルギー (nombre de la comida/食物名 )
- otros/その他 ( )

**4. ¿Se ha realizado alguna vez un examen de IRM?/今までにMRI検査を受けたことがありますか。**

- no/いいえ

患者氏名：

患者ID：

Español/スペイン語

sí/はい

¿Cuándo se hizo el examen? /いつ頃受けられましたか。

Año/年 Mes/月 Día/日

**5. Por favor escriba su peso actual ya que el peso puede variar de acuerdo a algunos factores como el horario, etc.**  
/体重により撮影条件（時間など）が変わりますので現在の体重を記入して下さい。

Peso/体重: /kg

**6. Solamente aquella persona que va a hacerse un examen de IRM de la pelvis en el área de ginecología, responda según corresponda.**

/婦人科領域の骨盤MR I 検査を受けられる方のみ該当する欄についてお答え下さい。

De acuerdo al ciclo menstrual puede variar cómo se ve la imagen.

/月経周期により画像の見え方が異なります。

**1) Última menstruación/最終月経**

Año/年 Mes/月 Día/日~ Año/年 Mes/月 Día/日

**2) Período menstrual/月経周期**

regular/順調 irregular/不順

**3) ¿Tiene dolor menstrual? /月経困難はありますか。**

rara vez/あまりない leve/軽度 fuerte/強い

**4) ¿Edad de la menopausia? /閉経した年齢は。**

Edad/年齢: años/歳

**5) ¿Alguna vez ha recibido tratamiento con hormonas? /ホルモン療法を受けたことがありますか。**

no/いいえ

sí/はい

Quien ha marcado “sí” marque debajo según corresponda.

/「はい」に☑された方は、下記の当てはまるものに☑してください。

dolor menstrual/月経困難

esterilidad/不妊

Otros/その他 ( )

**Otros/その他**

- En caso de tener implantes de dispositivos médicos como marcapasos cardíaco, DAI u otros, verifique de antemano con su médico de cabecera si es posible o no hacer el examen de IRM.

/ペースメーカーやICD、その他体内埋め込み型の医療機器がある場合には、MRI 検査の実施可否を事前に主治医にご確認ください。

- No puede entrar en la sala de examen con los siguientes elementos./次のものは検査室内に持ち込めません。

Accesorios metálicos (collar, aretes, horquilla, vincha, anillo, etc)

/金属アクセサリ (ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など)

Anteojos, lentes de contacto, corsé, dientes postizos.

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Tarjeta magnética, tarjeta de circuito integrado (pases de medios de transporte, tarjeta bancaria, etc)

/磁気カード・ICカード (乗り物の定期券、銀行カードなど)

Otros productos metálicos (llave, audífono, podómetro, reloj pulsera, teléfono portátil, etc.)

/その他の金属製品 (鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など)

Camiseta térmica HEATTECH, parche térmico (CAIRO), parche magnético (EREKIBAN), compresa (SHIPPU), parche transdérmico (NITRODERM), parches de nicotina

/ヒートテック、カイロ、エレキバン・湿布、ニトロダーム、禁煙補助シール

- Si tiene alguna duda sobre los puntos mencionados arriba, por favor pregunte al técnico encargado del examen.

/上記で何かご質問等があれば、検査担当技師におたずね下さい。